Rok XXX. Kraków, 14 Marca 1891. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa. *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Rzut oka na obecny stan nauki o rzeżączce męskich narządów płciowych i na jej stosunek do impotencyi i niepłodności u mężczyzn.

Napisał
Dr. Ernest Finger.
docent dermatologii i syfilidologii w uniwersytecie wiedeńskim

Do bardzo niedawna, bo jeszcze przed kilku dziesiątkami lat, uchodziła rzeżączka męskich narządów płciowych za chorobę wprawdzie dosyć uporczywą, nierzadko nawet nieuleczną, zresztą atoli okrom kilku wyjątków wcale lekką. Tak chory, jak i lekarz traktowali ją zarówno obojętnie. W przebiegu ostatnich lat dziesięciu zapatrywanie to doszczętnie się zmieniło, a jeżeli pominiemy niektóre zbyt skrajne poglądy w kierunku przeciwnym, możemy śmiało powiedzieć, że słusznie się stało. Zmianę tę wywołały pomijane pierwotnie prace Noeggeratha o poważnéj roli, jaką odgrywa rzeżączka u kobiet. A chociaż nawet pierwsze zapatrywania nie były wolne od przesady, i w dalszéj kolei doznały łagodzących poprawek samego autora, to przecież prace Noeggeratha stanowią granicę, od któréj nowy kierunek, nowe pojęcia drogę sobie torowały. Obok niebezpieczeństw, jakie rzeżączka u kobiet przedstawia dla saméj choréj, położył Noeggerath nacisk również na niebezpieczeństwa dla generacyi. Prace nowsze, zwłaszcza prace Sängera, Schwarza i innych potwierdziły to zapatrywanie. Natomiast szczególnie ginekologowie wskazali na znaczenie rzeżączki u mężczyzn ze względu na męską impotencyję i niepłodność, przytem atoli nie uniknęli wady jednostronności przez to, że tylko chorobom przyjądrza, przewodu nasieniowego, *ductus ejaculatorii*, przez rzeżączkę sprowadzonym, przypisali całą winę męskiéj niepłodności. Już w monografii méj: *Die Blennorhoë der Sexualorgane und ihre Complicationen* (Wiedeń, Deuticke, I. wyd. 1888, II. wyd. 1891) uwydatniłem, w jak różnorodny sposób może rzeżączka u mężczyzn sprowadzać impotencyję i niepłodność, nawet i nie skomplikowana, szczególnie w swych postaciach przewlekłych, a w pracy niniejszéj zamierzam właśnie dać pogląd na tę ze wszech miar ciekawą kwestyję. Wiem, że nic nie powiem nowego, atoli poglądowy referat téj treści nie będzie, sądzę, bez korzyści. Niechaj mi przytem wolno będzie przytoczyć liczne własne spostrzeżenia i doświadczenia.

Dla lepszego zrozumienia pozwolę sobie rzecz całą poprzedzić kilku ogólnemi uwagami. Jako męską impotencyję przyzwyczailiśmy się określać te przypadki, w których, bez względu na prawidłową czy nieprawidłową przyrodę nasienia, *potentia coëundi* jest zakłóconą. Pominąwszy nie obchodzącą nas na tem miejscu psychiczną impotencyję, rozróżniamy przypadki: 1) mechanicznéj czyli organicznéj niemocy płciowéj, w któréj *immissio penis* stała się niemożebną przez mechaniczne, organiczne zaburzenia. 2) Tak zwane „pobudliwe osłabienie“ (*reizbare Schwäche*), t. zn. niedostateczne naprężenie prącia połączone z przedwczesnem wydzieleniem nasienia. 3) Porażenną impotencyję czyli brak zupełny naprężeń prącia.

Natomiast nazwą „męska niepłodność“ określamy te przypadki, w których obok zupełnie nienaruszonéj *potentia coëundi* istnieje niemożebność zapładniania (*potentia generandi*). Brak ten siły zapładniającéj może być sprowadzony: 1) tem, że spółkowanie, zresztą normalne, nie kończy się ejakulacyją, albo też, że nasienie nie dostaje się wcale do pochwy (w żeńskie genitalija) — brak nasienia; — 2) tem, że nasienie, aczkolwiek przy prawidłowo odbywającem się spółkowaniu zostaje wyrzuconem, to jednak żadnych (*azoospermia*), albo tylko nieliczne zawiera plemniki (*oligospermia*), lub wreszcie takowe są nieżywe, albo słabą tylko posiadają zdolność życiową (*necrospermia*). Ostatni, nie tak rzadki, i wielokroć już wspomniany stan chorobowy, który w rzeżączce ważną odgrywa rolę, niechaj mi wolno będzie tutaj

przytoczyć obok azoospermii i oligospermii jako trzeci obraz analogiczny.

Musimy tu atoli dodać jeszcze dwa dalsze objawy chorobowe, które poprzedzają, towarzyszą, częstokroć nawet są momentem przyczynowym dla impotencyi i niepłodności, tj. a) pomazania nocne, odruchową motoryczną nerwicę, kurcz pęcherzyków nasiennych, który zazwyczaj przedstawia odruch z mózgu, przy braku zapory wywołany we śnie lubieżnemi obrazami, który jednak w obec nieprawidłowych stosunków może być także wywołany bodźcami, wychodzącemi od obwodu, a w których zapalenie wzgórka nasiennego główną odgrywa rolę. Wreszcie b) nasieniotok, polegający na odchodzeniu większych lub mniejszych, atoli łatwo spostrzedz się dających, ilości nasienia przy oddawaniu moczu lub kału. Przyczyną jego są stany osłabienia, rozstrzeń przewodów wytryskowych, zapewne jako następstwo nacieku zapalnego, skutkiem czego przewody te nie są w stanie powstrzymać nasienia znajdującego się w pęcherzykach nasiennych, gdy ciśnienie tłoczni brzusznéj i mięśni międzykrocza uciska wszystkie narządy brzuszne, a zatem także i pęcherzyki nasienne, droga zaś dla wypróżnienia nasienia nie jest zresztą zamkniętą skutkiem zwolnienia mięśni *compressor partis membranaceae* i *mm. prostatici*, które ma miejsce podczas oddawania moczu i kału. Dla tego to nasieniotok ten występuje li tylko przy oddawaniu kału lub moczu, podczas gdy podobne napięcie tłoczni brzusznéj np. przy kaszlu nigdy nie prowadzi do nasieniotoku z przyczyny zamknięcia przez narząd mięśniowy cewki moczowéj.

Po tym wstępie, który uważałem za konieczny, przejdę do omówienia owych, rzeżączką narządów płciowych wywołanych spraw, które są w stanie sprowadzić impotencyję i niepłodność. Jeżeli przytem uwzględniam także ostrą rzeżączkę, to dzieje się to raczéj dla zupełności i dla teoretycznego interesu, boć przecie ostry, krótkotrwały okres chyba arcyrzadko jest w stanie doprowadzić do trwalszych zaburzeń w sferze płciowéj.

Ostra rzeżączka przedniéj części cewki (*urethritis ant.*) sprowadza w całym swym przebiegu objawy podrażnienia w zakresie płciowym, które się na zewnątrz objawiają jako wzmożony popęd płciowy, częste naprężenia członka, częste pomazania nocne. Zdolność zapładniania pozostaje w *urethritis anterior acuta* po największéj części nienaruszoną. Nie zawsze atoli tak się rzecz ma. W kilku (4) moich przypadkach sami chorzy zwrócili moją uwagę na uderzająco żółtą barwę nasienia wydzielonego. Aczkolwiek z góry przekonany, że ta żółta barwa pochodzi od mieszaniny nasienia z obfitą we wszystkich przypadkach wydzieliną rzeżączkową, jednak skorzystałem ze sposobności i zbadałem mikroskopowo świeżo wydzielone nasienie. We wszystkich przypadkach znalazłem nadspodziewanie martwe lub ledwie słabo poruszające się plemniki, zatem prawdziwą *necrospermia*. Po wyleczeniu okresu ostrego ruch spermatozoów zjawił się napowrót. Przypadki te zatem nasuwają przypuszczenie, że domieszka ropy rzeżączkowéj może zniszczyć lub osłabić zdolność życiową plemników.

Wybitniéj jeszcze od ostréj rzeżączki przodowéj (*urethritis anterior*) może ostra rzeżączka tylnéj części cewki (*urethritis posterior*) wywołać objawy podrażnienia w sferze płciowéj. Częste pomazania nocne, wywołane zapewne zapalnem podrażnieniem wzgórka nasiennego, są tu na porządku dziennym. Ale także nasieniotok, zwłaszcza przy sposobności oddawania kału, nie jest wcale rzadkim w ostréj tylnéj rzeżączce. Zjawiska te atoli nie mają większego znaczenia, znikają bowiem po upływie okresu ostrego.

O wiele donioślejsze znaczenie, aniżeli ostra rzeżączka, ma dla powstania impotencyi i niepłodności przewlekła rzeżączka.

Nie powikłana powierzchownie, li tylko w błonie śluzowéj umiejscowiona rzeżączka przodowa i jéj następstwo: zgrubienie błony śluzowéj, żadnéj tu zapewne nie odgrywają roli. Inaczéj ma się rzecz atoli, jeżeli przewlekły zapalny rozrost tkanki łącznéj przejdzie ku dołowi, po za granicę błony śluzowéj i zajmie poniżéj leżące ciałko jamiste cewki moczowéj. Wytwarzają się wtedy ogniska przewlekłego śródmiąższowego zapalenia ciałka jamistego, którego ostatecznem następstwem jest zwężenie cewki (*strictura urethrae*). Ogniska takie rozszerzywszy się i zyskawszy na sile, mogą stanowić przeszkodę dla erekcyi w napełnieniu zupełnem ciałka jamistego cewki moczowéj, spowodować zagięcia i zboczenia naprężonego prącia, a tem samem wywołać niezdolność spółkowania. Jeżeli naciek przewlekły już daléj postąpił w przeobrażeniu łącznotkankowem, wtedy stawia częstokroć i ejakulacyi nasienia wcale znaczne przeszkody. Czynność mięśni przy ejakulacyi nie jest wcale tak prosta, jak to sobie wyobrażają i niewątpliwie nie polega wyłącznie na klonicznych skurczach mięśni *ischio* i *bulbocavernosi*. Owszem nasienie wychodzące z przewodów wytryskujących posuwa się ztąd aż do opuszki cewki moczowéj, skutkiem ruchów robaczkowych gładkiéj muskulatury części krokowéj i błoniastéj. W opuszce dopiero rozpoczyna się czynność mięśni kulszowo i opuszkowo jamistych, która przez kloniczny, rytmiczny ucisk opuszki wypycha nasienie. Lecz także cała, w gładkie mięśnie obfita część wisząca cewki moczowéj bierze również udział w wydzielaniu nasienia przez swe ruchy robaczkowe.

Jeżeli teraz jakikolwiek punkt w przebiegu części jamistéj jest siedzibą przewlekłego, zwężającego cewkę moczową nacieku, to wtedy dwie okoliczności należy uwzględnić: Normalna część cewki od przewodów wytryskowych aż do zwężenia nie stawia wytryskującemu nasieniu żadnéj przeszkody, przeciwnie przez swój ruch robaczkowy powiększa jego siłę propulzyjną. Atoli na nieelastycznym, trudno rozszerzalnym włóknistym pierścieniu zwężenia siła ta słabnie i znacznie się zmniejsza. Lecz pierścień ów nieelastyczny zatrzyma także robaczkową falę skurczu cewki moczowéj, nie przeniesie się ona daléj poza takowy ku przodowi. Skutkiem tego przy zwężeniach małego stopnia siła propulzyjna nasienia straci na energii, nasienie nie będzie wyrzuconem, lecz tylko powoli będzie wyciekało. W zwężeniach zaś znacznego stopnia nie ma miejsca żadna w ogóle ejakulacyja na zewnątrz, lecz nasienie skutkiem ruchów wstecznych dostanie się do pęcherza. Nie przyjdzie wówczas wcale do ejakulacyi nasienia na zewnątrz, lecz nastąpi tak zwany *aspermatismus relativus*.

O wiele ważniejszą atoli dla impotencyi i niepłodności jest przewlekła rzeżączka tylna. Tu należą wyłącznie te przypadki, w których przewlekła sprawa zapalna nie ogranicza się li do błony śluzowéj, lecz zajmuje z jednéj strony gruczoły przyprątne, z drugiéj strony, i to przedewszystkiem, wzgórek nasienny. Anatomicznie i endoskopowo charakteryzują się przypadki te obok zaczerwienienia,

obrzmienia, zatem oznak nieżytu części krokowéj, szczególnie przez częstokroć bardzo znaczny przerost samego wzgórka nasiennego. Grünfeld, Oberländer, przedewszystkiem zaś Burckhart podali bogaty w tym względzie materyjał.

(Dokończenie nastąpi.)

II. O gruźlicy tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek (we Lwowie).

Spostrzeżenie, że w tęczówce może się pojawić gruźlica podobnie jak w naczyniówce, i to w okresie wczesnym, kiedy zmian gruźliczych niemożna jeszcze wykazać w innych narządach ustroju, należy do nowszych zdobyczy naukowych. Pierwsze wzmianki o gruźlicy oka w ogóle napotykamy w czasach po Laennecu, były one jednak zawsze bezpodstawne. W przypadkach ropnego zapalenia naczyniówki, z nagromadzeniem zgrubiałéj gęstéj ropy w oku, przypominającéj serowate ogniska gruźlicze w płucach i gruczołach chlonnych, rozpoznawano *chorioiditis tuberculosa*. Rzeczywistą gruźlicę odkrył w oku pierwszy Jaeger z Manzem za pomocą wziernika w naczyniówce (1855). Przez następnych blisko lat dwadzieścia o gruźlicy innych części oka nigdzie wzmianki nie napotykamy. Najnowsze badania dopiero wykazują gruźlicę w innych tkaninach oka, a mianowicie w spojówce, rogówce, siatkówce, nerwie wzrokowym i w tęczówce. W roku przeszłym spostrzegano w klinice Fuchsa także przypadek gruźlicy twardówki (Dr. Müller *Wiener Med. Blätter* 1890). Można tedy twierdzić, że nie ma unaczynionéj tkaniny w oku człowieka, w któréjby dotąd gruźlicy nie wykazano.

W drugiem wydaniu dzieła o chorobach ocznych pisze Wecker, że gruźlica chyba dopiero wtedy się w tęczówce pojawia, kiedy już prawie wszystkie inne narządy ustroju zajęła. W roku 1870 ogłasza Gradenigo pierwszy przypadek (*Archiv. f. path. Anatom.* t. LXVI), a w trzy lata później Perls z Jacobsonem (*Archiv. f. Ophth.* t. XIX) drugi, które wykazują, że pierwotna gruźlica tęczówki istnieje. Odtąd napotykamy w pismach peryjodycznych już częstsze opisy téj choroby, które skutkiem rzadkiego pojawiania się tejże dotyczą zawsze pojedynczych przypadków. Jak rzadko zaś występuje gruźlica tęczówki, wynika z dat następujących. Hirschberg na zjeździe londyńskim (1881) podał, że na 17 tysięcy chorych spostrzegał raz pierwotną gruźlicę, przypadek który opisał Rüter (*Archiv. f. Augenheilk.* Knapp X, 1881), Arlt zaś w towarzystwie lekarskiem w Wiedniu oświadczył w dyskusyi, że w ciągu długoletniego doświadczenia spostrzegał tylko trzy przypadki. Z toku rzeczy wyniknie, że tak się ma istotnie rzecz, jeżeli uwzględniamy tylko przypadki rozsianéj gruźlicy tęczówki; w tych rzadkich przypadkach obraz chorobowy jest bardzo charakterystyczny a rozpoznanie, łatwe. Inaczéj się rzecz ma, jeżeli tylko jeden większy gruźliczy nowotwór się pojawi na tęczówce. Jeżeli nadto przebicie rogówki nastąpi, tedy rozpoznanie jest trudne. Przypominam, ile czasu wymagało rozpoznanie przypadku, który opisał Hoene (Talko, księga jubileuszowa, p. 317). Otóż licząc wszystkie rodzaje zmian gruźliczych w tęczówce, a mianowicie także większe nowotwory (*conglobierte Tuberkel*), dojdziemy do wniosku, że pojawienie się gruźlicy tęczówki jest częstsze. Nie ulega wątpliwości, że nie rozpoznano niejednego przypadka gruźlicy, w którym przyszło do przebicia rogówki. Na dowód przytaczam, że w r. 1873 opisał Hirschberg (*Virchows Arch.* s. 60) przypadek rzadkiéj choroby tęczówkowéj, którą za dawniejszemi idąc autorami nazwał *granuloma simplex iridis*. Twierdził, co już z nazwy, którą nadał nowotworowi, wynika, że guz jest dobrotliwéj przyrody, chóciaż stwierdza, że chory wkrótce zmarł śród objawów zapalenia opon mózgowych. W dziesięć lat późniéj (*Centralbl. f. p. A.* 1884, p. 135) zmienił sam autor zdanie i ogłosił, że w tym przypadku sprawa była niewątpliwie gruźlicza. Wątpliwości takie zachodzić musiały, dopóki sama tylko budowa miała orzekać o tem, czy nowotwór jest gruźliczy, czy nie. Obecnie ma się rzecz inaczéj. Odkrycie prątków gruźliczych i możność przeszczepiania choréj tkaniny w oko królicze mogą dostarczyć dowodu, że istotnie mamy przed sobą sprawę gruźliczą. Wreszcie przypomnieć wypada, że w wątpliwych przypadkach może płyn Kocha oddać pod względem rozpoznania pewne usługi.

Pomimo rzadkiego pojawiania się téj choroby, wczesne jéj rozpoznanie i znajomość jéj przebiegu są bardzo ważne. Jeżeli lekarz nie rozpozna gruźlicy, rozpozna inną chorobę tęczówki, co za sobą pociąga inne leczenie i inne rokowanie. Rozpoznając zaś w tęczówce miejscową sprawę gruźliczą, rozpoznaje niebezpieczeństwo, które grozi oku i całemu ustrojowi. Ponieważ według dotychczasowych doświadczeń, wyleczenie gruźlicą dotkniętéj tkaniny w oku jest bardzo wątpliwe, staraniem lekarza będzie usunąć chorą tkaninę jak najwcześniéj, co daje nowe wskazania do iridektomii, a gdzie iridektomii wykonać nie można, wskazane być może wyłuszczenie gałki ocznéj. Niestety dość często spotka się lekarz ze smutną koniecznością przypatrywania się rozwojowi sprawy bez możności zapobieżenia złemu drogą operacyjną, a to w tych przypadkach, w których już sprawa gruźlicza zajęła wewnętrzne a ważne dla życia narządy ustroju. Jeżeli się w przyszłości sprawdzi, że płyn Kocha może wyleczyć zupełnie ustrój gruźlicą dotknięty, wtenczas wczesne rozpoznanie gruźlicy w oku, jak w ogóle w ustroju, chyba tem większe mieć będzie znaczenie.

Odkąd we Lwowie się zajmuję praktyką okulistyczną, spostrzegałem dwa przypadki gruźlicy tęczówki. Poniżéj podaję jako przyczynek do kazuistyki, dotąd dość nielicznéj, historyje chorób, w których starałem się anatomiczne zmiany opisać z szczególną dokładnością. Oba przypadki są typami dwóch różnych rodzajów gruźlicy tęczówki. — Uwzględniając wreszcie wszystkie w przystępnéj mi literaturze ogłoszone przypadki, opiszę formy, w jakich występuje gruźlica tęczówki pod względem anatomicznym, określę kliniczny jéj przebieg, podam daty statystyczne, dotyczące pojawiania się choroby, a wreszcie streszczę zabiegi lecznicze i ocenię ich skuteczność. Zdaje mi się, że takie opracowanie nagromadzonego w pismach peryjodycznych materyjału nie będzie bez korzyści, tem mniéj, że dotąd nikt pracy téj się nie podjął, a wiem z doświadczenia, jak w wątpliwych przypadkach czuć się daje, że w podręcznikach okulistycznych rzecz o gruźlicy tęczówki należytego nie znalazła opracowania.

Pierwszy z moich przypadków dotyczył dziewczynki A. N., lat $3^1/_2$. Zgłasza się 1 kwietnia 1888. Odpowiednio do wieku zbudowana, odżywienie mierne, jeden gruczoł podszczękowy obrzmiały, zęby prawidłowe. Dziecko z kurczowo, lecz nie całkowicie przymrużonem lewem okiem patrzy do światła. Skóra powiek blada nieobrzmiała, szpara powiekowa

wązka. Rzęsy prawidłowe niepoklejone, w kąciku wewnętrznym śluzu nie ma, oko suche, nie łzawi Pomimo miernego światłowstrętu pozwala dokładnie obejrzeć oko. Spojówka gałki ocznéj lekko siatkowato nastrzykana, nastrzykanie rzęskowe mierne, dwie żyły przytwardówkowe zgrubiałe pokręcone. Odblask powierzchni rogówkowéj niewyraźny, powierzchnia szczególnie od dołu i zewnątrz jakby pokłóta i w tych częściach dość mocno zaciemniona. Tęczówka ciemniejsza niż na oku prawem, utkanie jéj mniéj wyraźne. Źrenica po atropinie rozszerzona od góry i od wewnątrz. Zewnętrzna część tęczówki brzegiem źrenicznym do przodkowéj torebki przyczepiona. Przy oświetleniu ogniskowem widać przez zaciemnioną zewnętrzną część rogówki, że tęczówka jest obrzmiała, że w tem miejscu przodkowa komórka jest nieco płytsza, a obrzmiała część tęczówki ma nieco jaśniejszą barwę. Oko przy dotknięciu nie jest bolesne, napięcie stanowczo, chociaż nie o wiele, podwyższone. Wywiady wykazują, że dziewczynka dotąd była zdrowa, chociaż wyglądanie wiele pozostawiało do życzenia. Przed 6 tygodniami oko się zaczerwieniło. Pomimo leczenia atropiną i ciemnicy, stan oka ciągle się pogarszał. Zresztą dziecko było zdrowe i cierpliwe, na bóle się nie uskarżając. Rodzeństwa było troje, chora jest najmłodsza. Najstarsze dziecko zmarło w trzecim roku życia z choroby mózgowéj. Rodzice żyją i są zdrowi.

Ogólny stan zdrowia dziecka badał dnia następnego także Dr. Kniaziołucki. Oprócz miernego obrzmienia niektórych gruczołów limfatycznych i złego odżywienia ciała nie można było innych zboczeń wykazać. Uwzględniając, że w oku można wykazać zapalenie tęczówki z tylnemi przyczepinami i obrzmieniem bez zmętnienia cieczy wodnéj, a ojciec przebył kiłę, podejrzywałem *iritis gummosa* na tle kiły dziedzicznéj. Zalecono obok zwykłych środków miejscowych wcierania *ung. cinerei* po 2 gramy dziennie. Po siedmiu wcieraniach oko się lepiéj otwiera, zadrażnienia niema. Otoczenie wielce uradowane w oczy bijącą poprawą stanu oka. Nastrzykanie rzęskowe mierne, zresztą stan oka jednaki. Po kilku dalszych wcieraniach, które się robiło z przerwami, oko się otwiera jak zdrowe, twardówka zbielała, nastrzykania rzęskowego tylko ślad pozostał. Rogówka znacznie się wyjaśniła. Ciecz wodna czysta, tęczówka przyrośnięta do przodkowéj torebki od zewnątrz, w źrenicy złogi barwika. Na zewnętrznéj i dolnéj części obrzmiałéj tęczówki widać większą ilość wyniosłości (gruzełków) półkolistych, wielkości ziarna maku i większych, częścią się stykających, z sobą połączonych, częścią osobno położonych; są one o wiele jaśniejsze niż utkanie tęczówki, jedne biało-sine inne żółtawe, niektóre przy brzegu jak galareta przeświecające. Gruzełki niedotykały tylnéj ściany rogówkowéj. Można było ośm naliczyć, z których cztery były wmiejscowione przy brzegu źrenicznym, trzy przy brzegu rzęskowym tęczówki, a jeden największy wystawał z środkowéj części. Napięcie oka prawidłowe. Rogówka obecnie na tyle się wyjaśniła, że można wziernikiem widzieć niewyraźnie przesuwającą się tarczę nerwu wzrokowego. Nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że świeżo powstałe wyniosłości są przyrody gruźliczéj i że w braku wszelkich innych zmian gruźliczych w ustroju miałem przed sobą pierwotną gruźlicę tęczówki. Pod wpływem szaruchy i skutkiem obniżenia napięcia oka wyjaśniła się rogówka do tego stopnia, że oko w ogóle robiło wrażenie zdrowszego, lepiéj się otwierało, a nastrzykanie rzęskowe także się zmniejszyło. A pomimo tych cech wrzekoméj poprawy, z obrzmiałéj, a jak teraz już przypuszczałem, z gruźliczo naciekłéj tęczówki urosły gruzełki. Zalecono dyjetę wzmacniającą i podano w małych dawkach chininę. Iridektomija w tym przypadku nie wystarczałaby, aby usunąć zajętą część tęczówki. Pomijając bowiem, że trzebaby wyciąć połowę tęczówki, niepodobnaby wyciąć doszczętnie naciekłego i obrzmiałego brzegu rzęskowego tęczówki, z którego gruzełki wyrastały. Na wyłuszczenie oka rodzina zgodzić się nie chciała. Dwudziestego ósmego dnia po objęciu leczenia stan oka był następujący: Nastrzykanie rzęskowe mierne, powierzchnia rogówki jakby lekko pokłóta, rogówka tylko przy brzegu dolnym i zewnętrznym zaciemniona. Gruźełki są szare, biało-żółtawe, inne znowu biało-sine wielkości małych jagieł. Blisko zewnętrznego brzegu źrenicznego tęczówki widać sino biały okrągły gruzełek, który wystaje do przodkowéj komórki całą swoją objętością tak, że się zdaje, jakoby tylko podstawą swoją przylepiony był do tęczówki. Trochę wyżéj są dwa podobne, ale znacznie mniejsze, co do barwy ciemniejsze niż wyżéi opisane. W kilka dni później skarży się dziecko na bóle głowy i wskazuje na czoło ponad okiem. Napięcie oka podwyższone (T + I), rogówka tak zaciemniona, że tylko przy oświetleniu ogniskowem można gruzełki rozpoznać. Matka podaje, że dziecko wieczorami gorączkuje. Piątego maja podczas nieobecności mojéj we Lwowie, zawezwano do dziecka Dra Kniaziołuckiego. Tenże podaje: „prócz gorączki, która się ma ku wieczorowi powiększać i prócz znacznie powiększonéj śledziony, nie znalazłem żadnych objawów. Dziecko jednak jest mocno rozdrażnione, złe, chudnie od kilku dni i skarży się na ból głowy. Jedna siostrzyczka choréj umarła z gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Być może, że i tu się rozwija ta sama sprawa chorobowa“. I rzeczywiście w następnych już dniach rozwija się choroba z wielką gwałtownością i typowym przebiegiem, Dziecko pozostawało pod opieką Drów Kniaziołuckiego i Wachtla. Śmierć nastąpiła 24 maja. Ostatni raz badałem oczy pięć dni przed śmiercią. Oczy były przymknięte, dziecko nieprzytomne. Przy badaniu krzyczy. Nastrzykanie rzęskowe dość mierne, żyły przytwardówkowe grubsze i pokręcone. Rogówka od dołu i zewnątrz zaciemniona, nieprzeźroczysta. Tylko przez górną część rogówki widać, że ciecz wodna jest czysta, źrenica rozszerzona od wewnątrz i od góry, barwa tęczówki ciemniejsza niż na oku drugiem, zdrowem. Na tęczówce na wewnątrz od źrenicy, a więc na dotąd zdrowéj części, jeden gruzełek brudno-żółty, płytki, od góry trzy obok siebie poustawiane, wystające tylko trochę nad powierzchnię tęczówki. Jaki jest stan zewnętrznéj i dolnéj części tęczówki, tego z powodu zaciemnienia rogówki i bardzo utrudnionego badania rozpoznać nie można. Oko trochę twardsze niż prawe. Dr. Wachtel, który aż do śmierci dziecka codziennie je widział, udzielił mi swoich spostrzeżeń, z których wynika, że chora zmarła z *meningitis tuberculosa* z typowym przebiegiem.

(Dokończenie nastąpi).

III. O działaniu fizyjologicznem i leczniczem elektryczności statycznéj.

Podług wykładu w lwowskiem Tow. lek. d. 26 kwietnia 1890.

Napisał

Doc. Dr. Gustaw Piotrowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Z drugiéj strony wielka niecierpliwość i brak wytrwałości stoją na przeszkodzie zupełnemu przeprowadzeniu kuracyi. Jeśli się zdoła nakłonić chorą do samego elektryzowania lub obok tego przepisuje tylko środki zupełnie obojętne i po pewnym czasie znaczniejszą poprawę uzyska, to najczęściéj chora znika, nie czekając dalszych skutków. W ogólności jednak musi się przyznać opisanemu sposobowi elektryzowania bardzo zbawienny wpływ na chorobę. Oczywiście, że nie brak też i wprost przeciwnych wyników, leży to już jednak w istocie saméj choroby, gdzie nie można pod tym względem żadnych prawideł ustanowić. Co w jednym przypadku znakomicie pomaga, w innym może szkodzić.

Pod wpływem opisanego sposobu znikają przedewszystkiem ogólne objawy, jak niepokój, zbytnia wrażliwość, wygórowana odruchowość, następnie *globus hystericus*. Sen poprawia się też w wielu przypadkach.

B ó l e g ł o w y, m i g r e n a (*hemicrania*), szczególnie na tle histerycznem, ustępuje często pod wpływem tuszu głowowego oraz strumienia wielokrotnego, stosowanego na głowę i szyję. Tego ostatniego nie należy aplikować zbyt

energicznie i długo. Najlepiéj ograniczyć się do 3 minut najdłużéj. Tym sposobem udało mi się, oprócz kilku innych, wyleczyć dwa przypadki, w których nie pomagały ani żadne środki wewnętrzne, ani galwanizowanie głowy i nerwów współczulnych. W jednym razie ustąpiła migrena po 10 posiedzeniach codziennych, w drugim po 18, i, jak sądzę, nie powróciła, pacyjentki bowiem nie zgłosiły się ponownie.

Tutaj także ostrożność należy zachować. Leczyłem histeryczkę, cierpiącą na silne bóle głowy połowicze oraz nerwu nadoczodołowego prawego. Z początku stosowałem prąd stały, co sprawiało pewną ulgę w migrenie, a nawet ból nerwu nadoczodołowego zupełnie usunęło. Po kilku jednak posiedzeniach migrena poczęła wracać z równą natarczywością. Zacząłem używać tuszu głowowego oraz strumienia wielokrotnego, z początku z nader świetnym skutkiem, chora bowiem została oswobodzona zupełnie z uporczywego cierpienia. Trwało to jednak zaledwie 5 dni, poczem powracały napady migreny z jeszcze większem nasileniem i to, jak chora twierdziła, po każdem elektryzowaniu. Sądząc, że to przypadkowy zbieg okoliczności, przerywałem kilka razy elektryzowanie i zawsze migrena była wtedy znacznie słabszą, po rozpoczęciu zaś napady znów się olbrzymio wzmagały. Jestto zresztą jedyny przypadek z kilkudziesięciu, przytaczam go jednak na dowód, że trzeba być przygotowanym na wszelkiego rodzaju niespodzianki.

Znieczulenia (anestezyje) należą do objawów, ustępujących stosunkowo najłatwiéj pod działaniem elektryczności statycznéj. Używa się do tego silnych iskier, powstających przy połączeniu bieguna dodatniego z elektrodą zakończoną kulką metalową.

Polepszenie w tym kierunku otrzymałem także u chorego dotkniętego nerwicą urazową, opisanego przezemnie w artykule pod tyt.: O nerwicach urazowych, *Przegląd Lekarski*, 1890. Wraz z powracaniem czucia skórnego polepszył się u tego chorego sen i słuch, zmniejszył się szum i zawrót głowy.

Do objawów cięższych postaci histeryi należy katalepsyja, którą tak łatwo sprowadzić można u histeryczek w stanie hypnozy.

Stein wywoływał katalepsyję u młodych, wrzekomo zdrowych ludzi bez hypnotyzmu, jedynie tylko za pomocą elektryczności statycznéj, a mianowicie przez posuwanie elektrody połączonéj z biegunem dodatnim od pleców ku palcom po wyciągniętéj ręce. Ręka popadała w katalepsyję i w znieczulenie zupełne. Posuwanie w odwrotnym kierunku znosiło katalepsyję. Przeciwnie rzecz się miała, jeżeli elektroda połączona była z biegunem ujemnym. Wtedy posuwanie dośrodkowe wywoływało katalepsyję, usuwało ją zaś odśrodkowe, a więc od pleców ku palcom. Próby robione elektrodami bez wprawiania w ruch maszyny influencyjnéj wypadły ujemnie, więc powstawanie katalepsyi przypisuje Stein tylko działaniu elektryczności statycznéj.

W praktyce méj miałem przypadek nieco podobny, którego jednak nie mogłem z ubocznych powodów należycie wyzyskać. Dotyczył on pewnéj histeryczki, która od czasu do czasu popadała nagle w stan zupełnéj bezwładności. Pozostawała wtedy w téj pozycyi, w jakiéj ją napad zaskoczył, przez pewien czas nie mogąc wymówić słowa, ani najmniejszego poruszenia wykonać, zachowując przytem zupełną przytomność. Napad kończył się głębokiem westchnieniem, jakby nagłem ocknieniem ze snu. Występował on nagle, czasem na przechadzce, sprowadzając przerażenie otoczenia, którego zabiegi pogarszały wtedy tylko stan i przedłużały napad. Nie była to katalepsyja, tylko zupełny brak woli (*abulia*), tak w tym stanie jednak, jak i poza nim można było nader łatwo wywołać katalepsyję przez wyprostowanie ramienia i głaskanie (pasy) odśrodkowe. Ramię pozostawało wtedy w nadanéj pozycyi i dopiero po dłuższym czasie zwolna opadało, czucie zaś bywało bardzo obniżone. W przypadku tym stosowałem elektryczność statyczną w postaci tuszu na głowę. Zaraz za pierwszym razem chora popadła w ten stan bezwładności wskutek patrzenia w obracającą się szybę. Ponieważ się to parę razy ponowiło, przeto ustawiałem ją tak, aby nie mogła patrzeć na szybę. Sam jednak monotonny szelest obracającéj się szyby i guziczków trących o pendzelki wywoływał napad. Podczas tego strumień wielokrotny stosowany na rękę sprawiał katalepsyję. Chcąc uniknąć powtarzania się napadów podczas elektryzowania, rozrywałem chorą rozmową, odwracając tym sposobem uwagę od monotonnego szmeru maszyny i rzeczywiście napady nie powtarzały się, a elektryczność statyczna wpłynęła bardzo dobrze, gdyż nie tylko w ogólności napady stały się rzadsze, lecz i inne objawy ustąpiły.

Z rzadszych objawów histeryi wymienić tutaj muszę ubezwładnienie nóg, jakby paraplegija, objaw nazwany przez Blocq'a astazyją i abazyją. Objaw podobny nabyła jedna z moich chorych wskutek przestrachu. Mimo zupełnie prawidłowych stosunków nie mogła ani stać, ani chodzić o własnéj mocy. Stan ten trwał kilka tygodni, zanim rozpocząłem leczenie w tym kierunku. Zaręczyłem jéj, że elektryczność statyczna natychmiast pomoże i rzeczywiście tusz głowowy sprawiał, że chora po jednorazowem zastosowaniu mogła już o własnéj sile chodzić, jakkolwiek niepewnie, a po trzech posiedzeniach objaw ten ustąpił zupełnie. Oczywiście, że grała tutaj rolę wyłącznie suggestyja, stosowałem bowiem przez kilka tygodni przedtem u téj choréj elektryczność statyczną z powodu innéj choroby, mianowicie porażenia nerwu twarzowego, a mimo to, objaw ten z każdym dniem się pogarszał. Nagłe ustąpienie jego też za tem przemawia, tem więcéj, że chora nabrała do téj metody zaufania, gdyż za pomocą niéj uwolniłem ją przedtem zupełnie od dokuczliwego cierpienia. Przypadek ten opiszę szczegółowo osobno.

Neurastenija.

W téj chorobie podobnie jak w histeryi obowiązują te same wskazówki i stosować należy sposoby, którem powyżéj opisał. Ogólne franklinizowanie oddaje tutaj bardzo dobre usługi. Zabieg ten należy modyfikować stósownie do tego, która postać przeważa, czy mózgowa, czy rdzeniowa. W pierwszym przypadku trzeba główny nacisk położyć na tusz głowowy i strumień wielokrotny, stosowany na głowę, w drugim zaś należy ten ostatni kierować przedewszystkiem na rdzeń i nerwy obwodowe, oraz używać dość silnych iskier.

Tusz głowowy usuwa szczególnie ciężkość, którą neurastenicy czują w głowie, przeważnie bezpośrednio po śnie. Skutek jest nieraz natychmiastowy, znużenie ustępuje i powraca swoboda myśli.

W bezsenności dobrze nieraz działa u neurasteników kąpiel frankliniczna długotrwała, połączona z stosowaniem lekkiego tuszu głowowego. Wyniki jednak są tutaj, o ile sam stwierdzić mogłem, gorsze aniżeli przy odpowiedniem galwanizowaniu głowy.

To samo odnosi się do bicia serca w neurastenii, histeryi itd., a więc nerwicach bez zmian anatomicznych. Kąpiel frankliniczna uśmierza je, nawet w pewnych razach, gdy inne metody zawodzą, jakkolwiek w ogólności galwanizowanie szyi lepszym jest środkiem.

Z innych zaburzeń wymienić wypada jeszcze zboczenia w przewodzie pokarmowym, jak rozstrzeń żołądka, zwiotczenie jelit itd. Dobrym sposobem w tych razach jest ciemne wyładowanie przy pomocy tablic Franklina stosowany na mięśnie brzucha. Z elektrodą łączy się biegun dodatni. Kul wewnętrznych przewodnika nie należy więcéj rozstawiać jak do 2 ctm. Jakkolwiek metoda ta jest bardzo dobrą, jednak nie przedstawia żadnych zalet przed innemi, jak n. p. faradycznem mięsieniem, a jest może uciążliwsza w przeprowadzeniu.

Co do stosowania elektryczności statycznéj u neurasteników w niemocy płciowéj, to nie mogę własnego zdania wypowiedzieć. Stosowałem ją wprawdzie niejednokrotnie z rozmaitym wynikiem, jednak zawsze w połączeniu z innemi metodami elektrycznemi, z hydroterapią, oraz środkami wewnętrznemi.

Pląsawica (*Chorea*).

Podczas gdy francuska szkoła zaznacza bardzo dobre wyniki w téj chorobie przy leczeniu elektrycznością staty-

czną, Niemcy nie przypisują jéj wielkiéj wartości, jakkolwiek też jéj zupełnie nie odmawiają. Osobiste doświadczenie pouczyło mnie, że w każdym razie jest ona bardzo cennym środkiem. W dwóch przypadkach, co prawda świeżych, u dziewcząt 9 i 12 letniéj, stosowałem ją wyłącznie i to z zupełnie pomyślnym wynikiem. W innych zaś w połączeniu z środkami wewnętrznemi. Używa się do tego celu kąpieli franklinicznéj, tuszu głowowego, w końcu strumienia wielokrotnego na części zajęte.

Padaczka (epilepsyja).

W téj chorobie elektryczność statyczna, jakkolwiek zalecana przez francuskich autorów, jest środkiem o wiele niżéj stojącym od wszelkich innych. Ja sam jakkolwiek stosowałem ją przez czas dłuższy w 6 przypadkach, nie widziałem najmniejszéj zmiany ku lepszemu.

Choroba Parkinsona (Paralysis agitans).

To samo, com powiedział o padaczce, odnosi się do téj choroby. Elektryczność statyczna jest tutaj równie bezsilna, jak i wszelkie inne metody. Charcot i Ballet wprawdzie zaznaczali polepszenie przy użyciu strumienia wielokrotnego oraz iskier, jednakże gdzieindziéj sam Charcot przyznaje: *ce n'est pas l'électricité statique qu'il convient de faire intervenir.* (*Leçons sur les maladies du système nerveux.* T. I., 1886, str. 188). Przy użyciu silniejszych iskier spostrzegałem w dwóch przypadkach tylko wzmożenie się drżenia zamiast zmniejszenia. (Dok. nast.)

IV. Z praktyki prywatnéj.

Niezwykły przypadek zranienia.

Opisał

Dr. Jan Bednarski w Guèvé w Maléj-Azyi.

Dnia 2 października 1889 r. zostałem zawiadomiony o zranieniu robotnika z wezwaniem do jak najrychlejszego przybycia, gdyż, według zdania piszącego, niechybna mu śmierć grozi. Przybywszy na miejsce przypadku, zastałem gromadkę robotników, otaczających nieszczęściem dotkniętego ich czausza Abduramana Achmeta, siedzącego na kolanach swego brata, z twarzą bladą i wylękłą, który jak i jego towarzysze z uwagą przysłuchiwali się odczytywaniu ustępów z koranu przez zawezwanego chodzię (kapłan turecki). Przy badaniu okazało się co następuje:

Indywiduum wzrostu wysokiego, około 30 lat liczące, z pokolenia Kurdów, dobrze zbudowane i odżywione.

Tętno 66, pełne. Po odsłonięciu koszuli na ciele widoczne są 2 rany. Jedna z nich znajduje się na wysokości obojczyka prawego mniéj lub więcéj w środku, na $3^1/_2$ ctm. długa, około $2^1/_2$ ctm. szeroka, o brzegach nierównych. Rana ogranicza się tylko do skóry i tkanki podskórnéj. Żebra tak w miejscu rany, jak i z przodu klatki piersiowéj, nigdzie nie nadwerężone. Po uchwyceniu dolnego brzegu rany w pincetkę widać na kilka ctm. kanał, przebiegający ku wewnątrz i dołowi. Druga rana tych samych rozmiarów co pierwsza, mająca prawie te same własności z wyjątkiem rozmiaru rozchylenia brzegów, które wynosi zaledwie $^1/_2$ ctm., znajduje tuż nad kością łonową lewą, również w środku. W płacie rany oprócz skóry widoczne są wiązki mięśniowe, zresztą nie widać nadwerężenia ani kości, ani części innych prócz mięśni i naczyń.

Sonda wprowadzona do rany wykazuje obszerny kanał prowadzący ku górze. Powierzchownie widać kiełbasowaty wał, prowadzący od rany po lewéj stronie pępka w kierunku ku górze ku wewnętrznemu brzegowi łuku żebrowego lewego, gdzie ślad jego zupełnie się gubi. Wał ten przy dotyku bolesny, odgłos wypukowy przy lekkiem opukiwaniu stłumiony, przy silniejszem bębenkowy. Obmacywanie nie wykazuje nic szczególnego. Zresztą jama brzuszna nie przedstawia żadnych nieprawidłowości, brak również wszelkich zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, jak wymiotów i bolów, a wiatry po przypadku tym miały odchodzić. Na klatce piersiowéj nie ma nieprawidłowości. Wypuk płuc normalny, szmery prawidłowe. Serce nie przedstawia również nic szczególnego.

Jak z opisu tego już wnosić można, mamy do czynienia z jednym wielkim kanałem rannym, zaczynającym się nad kością łonową lewą a kończącym się nad obojczykiem prawym. Narzędzie, które wywołało powyższą ranę, była to sztuka żelaza tak zw. *barre à mine* $1^1/_2$ metra długa, walcowata, przeszło 3 ctm. gruba, na obydwóch końcach dłutkowato rozszerzona; szerokość ostrza nieco już stępionego wynosi 4 ctm. Abduraman pracował tem narzędziem na pochyłości kilka metrów wysokiéj i dosyć spadzistéj. Wśród pracy wypada mu to narzędzie z ręki, przyczem sam Abduraman straciwszy równowagę ześlizguje się na brzuchu, w ślad za niem, i nabija się poprostu na takowe, wskutek czego powstaje kanał ranny, wynoszący aż 67 ctm. długości. Podług opowiadania świadków nad obojczykiem sterczał kawałek żelaza po wydostaniu się na zewnątrz jeszcze na 20 ctm. tak, iż żelazo to weszło w ciało na 87 ctm. Robotnik ów miał na sobie tylko koszulę i pas na brzuchu wełniany, opasujący go kilkakrotnie. Odpowiednio do rany nad spojeniem widać w koszuli dziurę, w części zaś odpowiadającéj ranie nad obojczykiem koszula nieuszkodzona. Badanie powyższe przekonało mnie, iż rana w całéj swéj długości jest powierzchowną, przebiegającą tuż po pod skórą i że ani żebra, a względnie ani klatka piersiowa, ani jama brzuszna nigdzie nie nadwerężone. Możnaby się było z wszelką stanowczością przekonać, gdyby się rozporządzało na miejscu sondą, lecz na sondowanie podobne ani pacyjent by się nie zgodził, ani też nie łatwo znaleść sondę podobnych rozmiarów. Założywszy opatrunek przeciwgnilny, poleciłem przenieść chorego do szpitala. Dalszy przebieg był dla chorego wcale pomyślny. Rany, z których pierwszą to jest nadobojczykową zespoiłem, pozostawiając drugą otwartą, zagoiły się przez rychłozrost. Natomiast na wysokości pępka w miejscu wału opisanego rozwinął się ropień, który po otwarciu rychło się zagoił tak, iż chory po 10 dniowym pobycie opuścił szpital zdrów. Nie potrzebuję dodawać, iż robotnikowi owemu groziło poważne niebezpieczeństwo, którego uniknął tylko dziwnym zbiegiem okoliczności, a mianowicie, iż ostrze narzędzia zazwyczaj ostre, było stępione już przez użycie, powtóre, iż napotkawszy na silny opór na kości łonowéj zmieniło swój kierunek przebiegając więcéj powierzchownie.

Okoliczność, iż w znanéj i dostępnéj mi literaturze nie spotkałem się z opisem podobnego zranienia, skłoniła mnie do ogłoszenia niniejszego przypadku.

V. Oceny i sprawozdania.

Liebreich: **O działaniu soli kantarydynowych.**

Treść przemówienia Liebreicha na posiedzeniu Towarzystwa lek. w Berlinie o farmakologicznem działaniu tego nowego środka przeciw gruźlicy jest następująca: Jeżeli na powłoki zewnętrzne przyłoży się kantarydy, to wytwarza się wypocina, przy wewnętrznem zaś podawaniu ulegają zadrażnieniu trzewa brzuszne, a u zwierząt zatrutych śmiertelną dawką, znajdował L. płuca w stanie zbitszéj konsystencyi. Zdaniem L. kantarydyna wewnętrznie podawana nie wywołuje stanów zapalnych jakby się na pozór wydawało, lecz sprowadza właściwe zmiany w naczyniach włosowatych, które przepuszczają na zewnątrz surowicę. Ponieważ przypuszczać można, że czułość naczyń włosowatych na zadrażnienie jest w różnych miejscach rozmaitą, i że naczynia włosowate w stanie zadrażnienia się znachodzące, łatwiéj wypocinę przepuszczają, przeto sądził L., że można znaleść taką dawkę kantarydyny, któraby działała wyłącznie na naczynia włosowate zapaleniem dotknięte. Wywołane w ten sposób wystąpienie surowicy do tkanki jest czynnikiem ważnym, raz dlatego, że komórki źle odżywione sprowadza do stanu prawidłowego, powtóre, że jak wykazały doświadczenia Buchnera, surowica posiada własności przeciwgnilne. Istnieje

przeto możebność, że w pewnem miejscu chorobowo zajętem, wydzielona surowica wpływ korzystny na zboczenia wywiera. Z tego założenia wychodząc, L. wykonał doświadczenia na ludziach, z których się okazało, że 0·0001—0·0004 kantarydynianu potasowego jest dawką, która nie wywołuje zmian w nerkach, a okazuje działanie na tkankę chorą. Jakkolwiek doświadczenia czyniono tylko na ludziach dotkniętych gruźlicą, można jednak *a priori* przypuścić, że sole kwasu kantarydynowego działać będą także w obec zboczeń innego charakteru. Co się tyczy zastosowania praktycznego, to zauważyć szczególnie trzeba, że należy baczną zwracać uwagę na stan nerek, i że choroby nerek stanowią przeciwskazanie do stosowania środka.

Pierwsze praktyczne doświadczenia ze środkiem Liebreicha poczynił Heymann na 27 chorych, z których 10 znajduje się w leczeniu dopiero od bardzo krótkiego czasu. Z pozostałych siedemnastu, 11 dotkniętych jest głębokiemi owrzodzeniami gruźliczemi w krtani, przypadki przeważnie bardzo ciężkie, reszta (6 przypadków) tyczy się przewlekłego nieżytu krtani. Dawka wahała się między 0·0001 a 0·0004, najczęściéj wynosiła 0·0002. Wszystkich chorych leczono ambulatoryjnie, nie kazano im zmieniać dotychczasowego trybu życia, nawet pozwalano palić cygara tym, którzy do tego byli przyzwyczajeni, jednem słowem starano się chorych utrzymać w tych samych warunkach, w jakich pozostawali przed leczeniem. Chorzy znosili wstrzykiwania bez żadnych zaburzeń. Jako miejsce do injekcyj wybrano skórę na grzbiecie pomiędzy łopatkami. Z ogólnych objawów, które występowały po wstrzykiwaniach, dwa razy podawali chorzy ból głowy i zawroty, kilkakrotnie pojawiły się biegunki. Często skarżyli się pacyjenci na parcie i pieczenie przy oddawaniu moczu; wtenczas wstrzykiwań zaniechano na jeden dzień, i przez podanie kilku kropel *Tinct. opii* objawy powyższe usuwano. W jednym przypadku po dawce 0·0004 miało nawet przyjść do pojawienia się krwi w moczu, czego jednak H. u chorego sam nie stwierdził.

Jako skutki lecznicze zauważono przedewszystkiem w gruźlicy krtani po 3 lub 4 wstrzyknięciach polepszenie ogólnego stanu i wyraźna poprawa mowy. Na ilość i jakość prątków wpływu nie było. W płucach rzężenia i świsty się zmniejszyły lub znikły zupełnie, a w jednym przypadku nawet nastąpiło zmniejszenie stłumienia. Plwociny stawały się we wszystkich przypadkach płynniejsze, skąpsze i łatwiéj dawały się wykrztuszać, kaszel się zmniejszał, a w 4 przypadkach prawie zupełnie ustąpił. Również i poty nocne zmniejszały się lub znikały.

W jednym z dwóch przypadków, w których istniała gorączka hektyczna, ustąpiła ona po czwartéj injekcyi. W krtani przedmiotowo zauważyć można było przedewszystkiem zmniejszenie się zaczerwienienia, i szybko także, czasem już po pierwszéj injekcyi, zanikanie nacieku. Granulacyje stawały się bledsze i przypłaszczały się, a wrzody oczyszczały się od brzegów. Cały szereg wrzodów na pewne jako takie skonstatowanych już się zagoił, inne są w stanie zabliźniania się. Edematyczny obrzęk chrząstek nalewkowych, który istniał w większéj części przypadków, zmniejszał się także, a tem samem i ruchomość głośni stawała się lepszą. U kilku ciężko chorych przyszło do ostrych recydyw. Przypadki zajęcia nieżytowego krtani okazują po większéj części szybkie i znaczne polepszenie.

Podobnie brzmią wyniki podane przez Fränkla, który w 15 przypadkach gruźlicy krtani bardzo ciężkich stosował środek Liebreicha. Polepszenie stanu ogólnego i mowy, zmniejszenie się kaszlu i potów nocnych, szybkie ustępowanie zmian miejscowych w krtani. Nadto zauważył F. także zmniejszanie się ilości prątków w plwocinach. (*Wien. med. Blätter* Nr. 10).

Choroby oczne.

Hugon Rubiński: **Beiträge z. d. angeborenen Cysten d. unteren Augenlider m. Microphthalmus.** *Dissert. inaug.* Królewiec 1890.

Przedstawiwszy 26 znanych dotąd przypadków wrodzonego torbiela pod dolną powieką przy małowzroczności, z których 8 swoich własnych, autor dodaje opis jednéj własnéj obserwacyi dokonanéj w klinice w Królewcu. U półrocznego dziecka wyłuszczono podobny torbiel, przyjęty do operacyi jakoby *cavernoma* (!) pr. oczodołu, przy obustronnéj małooczności i szczelinie jagodówki. Preparata zbadał prof. Vossius i przyszedł do następujących wyników: torbiel wielkości gołębiego jaja łączył się z białkówką w pobliżu n. wzrokowego za pomocą krótkiego mocnego sznurka; komunikacyi między torbielem a wnętrzem gałki nie było. Ściany torbiela składały się z 2 warstw, wyrostki w formie kolb przypominały tu nierozwiniętą siatkówkę, cylindryczny nabłonek, pokrywający wewnętrzną warstwę odpowiadał cylindrowemu nabłonkowi części rzęskowéj siatkówki; na wewnętrznéj ścianie torbiela znaleziono masę żółtego i brunatnego barwika *(Haemosiderin)*. Badanie to stwierdziło przypuszczenie Ewetzkiego i Langego, że podobne torbiele są wynikiem oddzielenia się od gałki ocznéj, wydęcia białkówki, zwykle obserwowanego w pobliżu tylnego brzegu gałki w dolnéj części takowéj. Torbiel taki najczęściéj bywa połączony z macierzystą gałką oczną za pomocą sznurka lub nawet zupełnie się oddziela od gałki. *Dr. J. Talko.*

Położnictwo.

Neugebauer: **Przyczynek do etyjologii kościozmyku.**

W pracy niniejszéj opisuje N. przypadek świeżego złamania *processus interarticularis* ostatniego, w tym przypadku szóstego kręgu lędźwiowego.

Wiadomo, że N. był pierwszym, który na podstawie rozległego materyjału wykazał, że przyczyną kościozmyku jest znaczne wydłużenie *proc. interart.* ostatniego kręgu lędźwiowego, skutkiem czego takowy przed kość krzyżową wysunąć się, a nawet do miednicy małéj zstąpić może, mimo, że związek między *process. articulares* ostatniego kręgu lędźwiowego a pierwszego kręgu krzyżowego zostaje nienaruszonym. Dawna teoryja Kiwischa, że kościozmyk powstaje przez zwichnięcie ostatniego kręgu lędźwiowego, została skutkiem poszukiwań N. obaloną.

Kiedy tak na punkcie przyczyny powstawania kościozmyku zupełna zapanowała zgoda, nie mogli się autorowie zgodzić na przyczynę wydłużenia *proc. interart.* Podczas gdy jedni przypuszczali, że brak kostnego połączenia wyrostków stawowych, zdarzający się często w ostatnim kręgu lędźwiowym, przy ciągłym ucisku z góry, jest przyczyną wydłużenia *process. interart.*, przypuszczali drudzy wobec faktu, że chore z miednicą kościozm., jako przyczynę powstania téj deformacyi podają połączone z hyperfleksyją kręgosłupa dźwiganie wielkich ciężarów, spadnięcie ze znacznéj wysokości i t. p., że przyczyną wydłużenia *process. interart.* może być źle wygojone złamanie tegoż wyrostka.

Przypadek niniejszy dostarczył dowodu niezbitego, że ostatnia przyczyną nie jest teoretyczną mrzonką, ale *de facto* istnieć może. Maryjanna B. w 10 miesiącu ciąży w zamiarze samobójczym skoczyła z 3 piętra, poczem w 6 godzin wyzionęła ducha. Sekcyja: prócz pęknięcia macicy w 3 miejscach, podwójnego złamania pierścienia kostnego miednicy, wylewu krwawego we więzy szerokie macicy, za otrzewną w miejscu *synchondroses sacroiliacae* i za spojeniem łonowem, wykazała co najważniejsze świeże złamanie *processus interarticul.* po str. prawéj. Miednica z powodu prawostronnéj asymilacyi okazała się skośnie zwężoną; kręgów lędźwiowych było sześć: *processus transv.* ostatniego nosił po str. prawéj znamiona kręgu krzyżowego t. z. zamieniony był w *massa lateralis*, która uległa podłużnemu pęknięciu. Staw między wyrostkami stawowemi piątego i szóstego kręgu lędźwiowego napozór był nienaruszony: po nacięciu torebki stawowéj okazało się jednak, że wyrostek stawowy 5 kręgu lędźwiowego uległ podłużnemu pęknięciu, poczem ostry jego odszczep przy silnéj hyperfleksyi kręgosłupa wywarł tak silny ucisk na *proc. interart.* 6 kręgu, że wywołał złamanie takowego.

N. sądzi, że przyczyną, dla któréj wyżéj opisany przypadek świeżego złamania *proc. interart.* jest dotychczas jedynym w literaturze, jest ta okoliczność, że samo takie złamanie nie może się stać przyczyną śmierci; podług jego

zdania jednak jeden taki przypadek wykazujący jasno możność złamania *proc. interart.* uprawnia do przypuszczenia, że złamanie to może odgrywać rolę w etyjologii kościozmyku. Przypadek ten okazał się bardzo ciekawym i z téj przyczyny, że rozległe pęknięcie macicy nie wywołało za życia typowych objawów, po którychby takowe poznać można. Pomijając silne napięcie jędrnych i tłustych powłok jamy brzusznéj, główną przyczyną były utrzymane w całości błony płodowe w dolnym odcinku macicy tak, że palec badający śluzem tylko, a nie cieczą krwawą był okryty, mimo, iż części poprzedzającéj wybadać nie było można. (*Medycyny*, Nra 39, 40, 41 i 42, r. 1890). *Dr. Stan. Czapliński.*

Medycyna sądowa.

Kratter (Innsbruk): **Znaczenie ptomain w medycynie sądowéj.**

Od czasu ogłoszenia pomnikowych prac Selmiego o zasadach gnilnych, których własności tak chemiczne jakoteż i farmakodynamiczne okazały się prawie zupełnie równemi własnościom zasad roślinnych, przekonano się, że doświadczenie fizyjologiczne robione wyciągiem otrzymanym sposobem Stas-Ottona lub Dragendorffa z zwłok ludzi zmarłych wrzekomo z powodu otrucia alkaloidami, nie może stanowić absolutnego dowodu, przemawiającego za otruciem. Jeszcze bowiem przed Selmim wykrył Marguart septicynę pod względem działania identyczną z koniiną, Fassbinder i Rörsch ptomainę, działającą podobnie jak digitalina, Selmi zaś stwierdził istnienie ptomainu, podanego już w roku 1869 przez Zuelzera i Sonnenscheina o własnościach atropiny.

Mimo to częściowe rozróżnienie zasad roślinnych od gnilnych jest możliwe, a to na zasadach następujących: Zasady roślinne są to stałe połączenia o dokładnie znanych własnościach chemicznych i fizycznych. Z wyjątkiem nikotyny i koniiny są one ciałami stałemi, które albo już jako takie lub jako sole krystalizują w dokładnie znanych kształtach. Odczyny ich chemiczne jakkolwiek często wielu odrębnym alkaloidom wspólne, ale im tylko właściwe. Ptomainy natomiast mają skład niestały, są lotne, a własnościami swemi tylko częściowo odpowiadają alkaloidom. Ptomainy te stanowią przeszkodę w wykryciu alkaloidu, którym otrucie nastąpiło, czyniąc odczyn jego chemiczny niewyraźnym lub znosząc go zupełnie. Ztąd K. postawił sobie za zadanie wykazać doświadczalnie, czy i w jakim stopniu i które z ptomainów są przeszkodą w wykryciu danego alkaloidu. Doświadczenia robił ze strychniną i przekonał się, że ona mimo gnicia daje się najdokładniéj wykazać. Otóż twierdzi K., że pożądanem byłoby w drodze doświadczalnéj przekonać się o ile ptomainy wykryciu innych alkaloidów stoją na przeszkodzie, gdyż w ten tylko sposób będą mogły orzeczenia sądowo-lekarskie w przypadkach otruć alkaloidami należytéj nabrać pewności. Z ptomainów, których skład chemiczny określił Brieger, tylko niektóre przechodzą w rozczyny przy metodzie Stas-Ottona lub Dragendorffa. Ważnem również jest odkrycie Briegera, że przy gniciu najpierw tworzą się ptomainy nietrujące, dopiero po 2—3 tygodniach gnicia powstają trujące ptomainy jak midaleina w końcu dopiero midina i midatoksyna. Z tego odkrycia Briegera wypływa dla medycyny sądowéj wielka korzyść, a nadto wskazanie do zbadania warunków i czasu, w jakich jedne ptomainy przy gniciu powstają, inne bezpowrotnie giną. Cała sprawa gnilnego rozpadu zwłok tak doniosłe znaczenie mająca głównie prawie dla medycyny sądowéj, do dziś można powiedzieć spoczywa tylko na empiryi, praw jednak gnicia i bliższych zmian chemicznych jego nie znamy. A jednak zbadanie tychże, które zdaniem K. niedalekiéj może przyszłości nastąpi, postawi medycynę sądową w możności określenia dokładnego, jak długo zwłoki w ziemi, w wodzie lub przy dostępie powietrza leżały. (Osobna odbitka *Viertelj. f. ger. Medicin*, N. F. 52, 2). *Dr. Wachholz.*

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Z Anglii dochodzą wiadomości o spostrzeżeniach nad działaniem środka Kocha bardzo skąpo. Przyczyną tego jest, że rząd angielski nie postarał się urzędowo o to, aby przyjść w posiadanie limfy. Owszem, jak długo środek Kocha był środkiem tajnym, rząd stawiał przeszkody doświadczaniu go. I tak n. p. zarząd szpitala dla dotkniętych gruźlicą płuc, pozwolił dopiero wykonywać szczepienia limfy po otrzymaniu listu od Kocha. Dopiero po drugiem ogłoszeniu Kocha przedsięwzięto doświadczenia w innych szpitalach.

Z przypadków leczonych w Childrenshospital w Londynie zasługuje na uwagę jeden, tyczący się dziecka 11-letniego, u którego z powodu gruźlicy otrzewny wykonano w maju r. z. laparotomiję, a po wstrzykiwaniach limfy Kocha wystąpiła reakcyja w bliźnie pooperacyjnéj i bolesność w brzuchu.

Guthrie i Leigh opisują spostrzeżenia przypadków przeważnie chirurgicznych, w których mogli skonstatować polepszenie. Głównie gruczoły limfatyczne obrzękłe pod wpływem środka Kocha się zmniejszały. (*Brit. med. Journ.*, 3 stycznia).

Sławny syfilidolog londyński Hutchinson wyraża się o środku Kocha niekorzystnie, gdyż dotąd nie widział ani jednego przypadka liszaja żrącego, w którymby pod wpływem leczenia metodą Kocha nastąpiło wyleczenie. Pierwszy chory z Anglii, którego w Berlinie leczono i którego tamże uważano za wyleczonego, znajduje się obecnie w takim samym stanie, w jakim się znajdował przed rozpoczęciem leczenia. Może środek Kocha — sądzi H. — w połączeniu z innemi dotąd znanemi sposobami leczniczemi da trwalsze rezultaty. (*Tamże*).

Jacobi: **Badania histologiczne nad działaniem środka Kocha w liszaju**, wykonane przez autora w jednym przypadku doprowadziło go do wniosku, że pod wpływem injekcyi powstaje silne zapalenie, które już w 8 godzin po wstrzyknięciu objawia się rozszerzeniem naczyń i rozpoczynającym się naciekiem komórkowym. Naciek ten po 26 godzinach jest już bardzo znaczny i wchodzi także w przyskórek. Po trzech dniach objawy zapalenia ustępowały, a w środku każdego guzka znajdowało się miejsce, które robiło wrażenie świeżéj nekrozy. Ropienia, które opisuje Kromayer, autor nie spostrzegł. (*Centralblatt f. allg. Path.*, II. 2).

Nr. 7 *Deut. medizinische Wochenschrift* przynosi dodatek prof. Rindfleischa do ogłoszonego przez niego artykułu w Nrze 6. tegoż pisma. W dodatku tym stawia R. pytanie, czy za pomocą znacznie mniejszych dawek nie osiągniętoby lepszych niż dotąd rezultatów. Istnieją przypadki dobrowolnego wyleczenia gruźlicy, w których zmiany anatomiczne są podobne do zmian wywołanych działaniem limfy Kocha. Wystarczyłoby przeto może dodać słabego bodźca, aby sprowadzić powolne wyleczenie. Może silna reakcyja z gorączką i objawami zapalnemi jest dla sprawy leczenia zupełnie niepotrzebną.

Wyniki badań histologicznych Kromayera są następujące: limfa Kocha działa energicznie tylko na gruzełki na obwodzie unaczynione. Dlatego nie wywiera ona wpływu na bardzo stare lub świeże gruzełki, które nie są unaczynione. Działanie lecznicze polega na obwodowem zapaleniu, dążącem do zabliźnienia i jest podobne do naturalnego wyleczenia gruźlicy. Przez wytworzenie się blizny dalsze działanie limfy Kocha jest ograniczone. Z tego powodu sprawa leczenia gruzełków unaczynionych zostaje wprawdzie rozpoczętą, jednakże, o ile badania dotychczasowe wykazały, nie zostaje doprowadzoną do ukończenia. (*Deut. med. Woch.*, Nr. 8).

Biedert widzi w działaniu kumulatywnem wstrzykiwań wielkie niebezpieczeństwo, a zadaniem leczenia powinno być unikanie tego działania kumulatywnego i wywoływanie tylko miernéj reakcyi. Zdaniem autora należy się starać nie o doprowadzenie do nekrozy i reakcyi gorączkowéj, lecz o reakcyjne zadrażnienie sąsiedniéj tkanki. Za pomocą małych dawek, które na stan chorego mało wpływają i nigdy nie stają się niebezpiecznemi, osiągnął wyniki bardzo pomyślne. W końcu podaje B. schema dla zastosowania środka Kocha w gruźlicy płuc, którego należy się trzymać, ażeby uniknąć niebezpieczeństw. (*Berl. klin. Woch.*, N. 8). *Dr. Beck.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie roczne za rok 1890 r. z działalności Towarzystwa ginekologicznego krakowskiego

w dniu 20 stycznia 1891 odczytane na posiedzeniu administracyjnem.

W roku 1890 zawiązało się z inicyjatywy Prof. Dra A. Marsa w Krakowie Towarzystwo ginekologiczne z własnym statutem, potwierdzonym przez c. k. Namiestnictwo we Lwowie, mające na celu przykładać się do postępu ginekologii w kierunku praktycznym i obznajmiać zagranicę z polskiem piśmiennictwem ginekologicznem.

Dzisiaj, gdy właśnie minął rok od założenia tegoż Towarzystwa, pozwolę sobie przedstawić Szanownym Kolegom sprawozdanie z całorocznéj, niejako probierczéj, działalności Towarzystwa, aby tym sposobem można było ocenić, czy były u nas rzeczywiste potrzeby założenia tego Towarzystwa, czy takowe rozwija się odpowiednio do zakreślonego zadania i czy nie należy przeprowadzić pewnych zmian i reform. Że Towarzystwa ginekologiczne mają w ogólności racyją bytu, świadczy nietylko ta okoliczność, że podobne Towarzystwa istnieją w innych krajach i rozwijają się ku wielkiemu pożytkowi nauki, albo że i u nas z chwilą założenia przystąpili do Towarzystwa nietylko koledzy zamieszkali w Krakowie, a zajmujący się ginekologiją, jako członkowie czynni według wymagań § 5 statutu, ale i koledzy z poza Krakowa, oddający się albo wyłącznie ginekologii albo więcéj niż innym działom medycyny, jako członkowie korespondenci według § 6 statutu.

Wiedza lekarska dzięki niezmordowanéj pracy licznych pracowników rozwija się tak szybko, że specyjalne studyja nad wszystkiemi działami medycyny są dla pojedynczych osób rzeczą nieuchwytną; dlatego nauka lekarska musiała się rozpaść na cały szereg studyjów specyjalnych. Podobnie ma się rzecz i z Towarzystwami naukowemi, zajmującemi się wiedzą lekarską.

Towarzystwo lekarskie założone dla całego ogółu lekarzy traktuje na swych posiedzeniach wszystkie działy medycyny, o ile rozprawy nie przekraczają granic subtelnéj drobnostkowości; Towarzystwa zaś inne jak Towarzystwo chirurgów, okulistów, psychijatrów, ginekologów i t. p. zajmować się zwykły nietylko sprawami swéj specyjalności w ogóle, ale i szczegółowo. Dlatego też można przyznać, że wobec tak szybkiego rozwoju nauk usprawiedliwione są obok Towarzystwa lekarskiego i inne Towarzystwa, jak ginekologiczne.

Wprawdzie może nam ktoś zrobić zarzut, i po części słuszny, że sprawy położnicze stanowią od innych działów medycyny ten wyjątek, że powinny być sprawy położnictwa zarówno rozbierane w Towarzystwie lekarskiem jak i ginekologicznem, wszak każdy lekarz musi znać położnictwo nietylko w zarysach ogólnych, ale i szczegółowych, wszak nieraz musi działać przy łóżku rodzącéj jako lekarz-położnik; to przecież da się usprawiedliwić istnienie Towarzystwa ginekologicznego obok Towarzystwa lekarskiego, jeżeli uwzględnimy, że Towarzystwo ginekologiczne nie występuje jako Towarzystwo konkurencyjne z Towarzystwem lekarskiem i ma się zajmować specyjanie położnictwem i ginekologiją w najdrobniejszych szczegółach, które mogą nużyć lekarza praktycznego, a żywo zajmować ginekologa.

O ile spełnia Towarzystwo zakreślony sobie powyżéj cel, to niechaj Szan. Koledzy zechcą ocenić z czynności całorocznéj tegoż Towarzystwa.

W ciągu roku odbyło się 16 posiedzeń, z tych 12 zwyczajnych naukowych, a 4 nadzwyczajnych administracyjnych. Posiedzenia odbywały się każdego wtorku po pierwszym w pracowni Prof. Dra A. Marsa (ulica Grodzka) pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa Prof. Dra M. Madurowicza lub zastępcy tegoż Prof. Dra H. Jordana. Na posiedzeniach naukowych wygłosili odczyty:

Kol. Mars: przypadek wynicowania pęcherza moczowego powikłany porodem.

Kol. Braun: przypadek laparotomii z powodu dobrowolnego pęknięcia macicy.

Kol. Cercha: o mięsieniu w ogólności, a zastosowaniu tegoż w wypocinach zapalnych okołomacicznych w szczególności.

Kol. Kohn: o zastosowaniu ichtyolu w ginekologii.

Odczyty powyższe były ogłoszone w „Przeglądzie Lekar.“. Przedstawili chorych:

Kol. Kohn: 1) przypadek dwupłciowości wrzekoméj; 2) przypadek włókniaka tylnéj ściany szyjki maciczněj; 3) przypadek rozsianych włókniaków otrzewny.

Kol. Cercha: trzy przypadki, w których stosowano mięsienia, a mianowicie: 1) przypadek wypociny zapalnéj około macicy wypadniętéj; 2) przypadek wypociny zapalnéj około macicy zaróśniętéj w połogu; 3) przypadek wypociny zapalnéj około włókniaka macicy podotrzewnowego.

Pokazywali preparaty anatomiczne i przyrządy:

Kol. Braun: 1) przypadek macicy pękniętéj zaszytéj przez laparatomiję; 2) preparat macicy pękniętéj dobrowolnie.

Kol. Cercha: 1) mięsakowłókniak macicy.

Kol. Kohn: 1) błonę doczesną miesiączkową.

Kol. Mars: 1) przekrój kobiety zmarłéj podczas porodu z powodu pęknięcia macicy; 2) preparat ciąży zamacicznéj trąbkowéj; 3) preparat macicy w 3 miesiącu ciąży dotknięty rakiem szyjki; 4) preparat macicy dotknięty gruczolakiem niszczącym wyłuszczonym przez pochwę; 5) jajo płodowe w 3. tygodniu; 6) jajo płodowe 3 miesięczne; 7) płód pergaminowy z ciąży bliźniaczéj; 8) pod mikroskopem wszystkie rodzaje *endometritis;* 9) pasorzyt pochwowy (*leptotrix vaginalis*); 10) przyrząd Skatscha przez siebie zmodyfikowany, używany do gotowania narzędzi.

Kol. Przewodniczący: preparat dwugłowca.

Kol. Obaliński: 2 macice rakiem szyjki dotknięte, wyłuszczone podotrzewnowo; 2) preparat ciąży zamacicznéj; 3) raka sieci kolosalnych rozmiarów.

Kol. Rydygier: 1) *Hydrocele congenita feminina.*

Dla udzielenia kolegom bliższych wiadomości z odczytów i toku rozpraw, wydaje Towarzystwo „Pamiętnik“, który wraz ze statutem będzie doręczony w swoim czasie wszystkim członkom Towarzystwa bezpłatnie.

Na posiedzeniach administracyjnych załatwiono: 1) kwestyję statutu; 2) kwestyję „Pamiętnika“; 3) kwestyę referatów do sekcyi ginekologicznéj VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, mającego się odbyć w Krakowie w lipcu b. r. Według sprawozdania kolegi sekretarza administracyjnego i podskarbiego liczy Towarzystwo 31 członków, z tych 15 czynnych, a 16 członków korespondentów. *Dr. Stan. Braun,*

sekretarz naukowy Towarzystwa.

Sprawozdanie sekcyi stryjskiéj.

Posiedzenie w dniu 3 lutego 1891.

Członków obecnych 6.

1) Dr. Serkowski podał 4 przypadki z własnéj praktyki leczenia róży, jakoteż zapalenia tkanki podskórnéj, wywołanego jadem trupim za pomocą wyskoku bezwodnego. (Będzie umieszczone w „Przegl. Lek.“).

2) Dr. Adolf Goldhaber z Żydaczowa wniósł, aby ze względu na nędzne, niekiedy nawet godności lekarskiéj sprzeciwiające się wynagrodzenia lekarzy sądowych, jakoteż ze względu na nieodpowiednie wysełanie lekarzy sądowych wraz z sądowemi członkami komisyi razem 5 osób na jednéj podwodzie na komisyje sądowe, wezwać walne zgromadzenie naszego towarzystwa, aby jeszcze raz tą sprawą się zajęło i Radzie zawiadowczéj poleciło zrobić odpowiednie przedstawienie do Ministerstwa sprawiedliwości i do Rady Państwa na ręce jednego z posłów naszych.

Na przedstawienie podpisanego, że tą sprawą zajmuje się związek austryjackich towarzystw lekarskich i że niemal corocznie wnioski takie już przez różne sekcyje naszego towarzystwa jużto przez inne towarzystwa lekarskie bezskutecznie przedkładane bywają, obstaje Dr. Goldhaber przy swoim wniosku, twierdząc, że trzeba ciągle tę sprawę poruszać aż do skutku. Poruczono więc delegatowi poruszenie téj sprawy na walnem zgromadzeniu.

3) Kolegę Dra Lucyjana Jacobiego ze Stryja przyprzyjęto do grona członków.

4) Delegatem na walne zgromadzenie wybrano kol. Goldhabera, zastępcą delegata (na wypadek niemożności jazdy pierwszego do Lwowa), tudzież przewodniczącym sekcyi nadal podpisanego. *Dr. Serkowski.*

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

L. 85.102/1890.

Okólnik c. k. Namiestnictwa

do wszystkich PP. c. k. Starostów i WWPP. Prezydentów król. stoł. miast Lwowa i Krakowa.

Z przedkładanych w myśl okólników z d. 25 marca 1866 L. 2.764 pr. i z d. 18 listopada 1871 L. 35.868 doniesień o udzielaniu pozwoleń na przewóz zwłok przekonało się c. k. Namiestnictwo, że Władze I. instancyi przy wydawaniu wspomnianych upoważnień nie zawsze przestrzegają tak istotnych, jak i formalnych warunków, ustanowionych rozporządzeniem ministeryjalnem z dnia 3 maja 1874 r. Dz. u. p. Nr. 56 oraz innemi w związku z niem zostającemi przepisami.

Pominąwszy, że co do zewnętrznéj formy paszporty na przewóz zwłok nie odpowiadają wzorowi przepisanemu w rozporządzeniu Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 6 maja 1856 L. 8.690 (okólnik Namiestnictwa z d. 25 maja 1856 roku L. 18.771) nie są w nich najczęściéj powołane właściwe przepisy, które w danym wypadku służą za podstawę pozwolenia; nie jest wymieniona dokładnie droga i określony sposób przewiezienia (koleją, kołami), brakuje wyszczególnienia warunków opakowania zwłok względnie trumien itp.

Nader często nie bywa też przed wystawieniem paszportu przestrzegany proceder uzasadniony w obowiązujących przepisach (ustęp 2 rozp. min. Nr. 56 ex 1874 Dz. p. p.), wedle którego pozwolenie na wydobycie, względnie przewiezienie zwłok zależnem jest w każdym wypadku od opinii lekarza urzędowego, a udzielone być może pod warunkiem dopełnienia wymogów wskazanych przez ów organ fachowy ze względów sanitarno-policyjnych, w razie zaś sprzeciwienia się lekarza, zezwolenia tego bezwzględnie odmówić należy.

Przypominając Panu c. k. Staroście przestrzeganie tego przepisu, uważa c. k. Namiestnictwo po zasiągnięciu opinii c. k. krajowéj Rady zdrowia w interesie zdrowia publicznego za potrzebne zaprowadzić i zalecić do ścisłego zastosowania następujące ograniczenia przy udzielaniu pozwoleń na przewóz zwłok osób zmarłych wskutek chorób zakaźnych:

Przewożenie zwłok osób zmarłych w przebiegu ospy, szkarlatyny, tyfusu plamistego, dyfteryi, cholery, żółtéj febry i dżumy do innego niż przynaleznego miejsca grzebania, może być dozwolone dopiero po upływie co najmniéj jednego roku od dnia śmierci, z zastrzeżeniem, iż wszelkie zresztą przepisy o zachowaniu ostrożności przy ekshumacyi i przewozie zwłok, najściśléj będą wykonane.

Przewóz zwłok osób zmarłych w przebiegu innych chorób zakaźnych może być dozwolony, o ile lekarz urzędowy nie dostrzeże jakiéj przeszkody, pod warunkiem, że zwłoki będą zawinięte w prześcieradło obficie zmoczone w rozczynie 5% kwasu karbolowego, a wszelkie inne wymogi co do transportu zwłok dokładnie zachowane.

Prośby o pozwolenie na przewóz zwłok, należy tedy załatwiać merytorycznie dopiero po otrzymaniu pisemnéj opinii fachowéj właściwego lekarza urzędowego (c. k. lekarza powiatowego lub asystenta sanitarnego, fizyka miejskiego), wydanéj z zastósowaniem powyższych wskazówek.

Celem zaprowadzenia jednolitości w paszportach dołącza się wzór, wedle którego od 1 maja 1891 począwszy wydawane być mają wszelkie paszporty na przewóz zwłok, a w szczególności zaznacza się, że w paszporcie zawsze należy wyrazić dokładnie, iż zwłoki po przybyciu na miejsce przeznaczenia muszą być przewiezione bezpośrednio na cmentarz miejscowy i tam pochowane, a unikać wyrażenia o złożeniu w grobach rodzinnych, coby mogło w danym razie dać powód do wzbronionego w myśl obowiązujących norm pogrzebania zmarłego poza obrębem cmentarza.

Do przepisanego doniesienia Namiestnictwu o wydaniu pozwolenia, niemniéj do zawiadomienia właściwéj władzy politycznéj, daléj zwierzchności gminnéj miejsca przeznaczenia, a w miarę potrzeby, także zwierzchności gminnéj miejscowości, z któréj zwłoki mają być wywiezione, posłużą odpisy paszportu.

Wreszcie nadmienia się, że w razie wniesienia prośby o pozwolenie do przewiezienia zwłok do miejscowości położonéj poza granicami Monarchii, należy żądać od strony wykazania się, iż kompetentne władze interesowanego obcego Państwa nie są przeciwne wprowadzeniu zwłok w swoje terytoryjum, zresztą zaś o ileby i istniały w tym względzie osobne układy, jak z państwem niemieckiem umowa ogłoszona rozporządzeniem ministeryjalnem z d. 28 marca 1890 Dz. u. p. Nr. 46, stósować się do postanowień tychże.

Lwów, dnia 3 lutego 1891 r. *Badeni.*

Do L. Nr. 85.102/1890.

Wzór

Paszport na przewóz zwłok.

Z mocy przyznanego reskryptem Wys. c. k. Ministerstwa Stanu z d. 18 marca 1866 roku L. 1452 Władzom politycznym I. instancyi upoważnienia, a w zastósowaniu rozporządzenia ministeryjalnego z d. 3 maja 1874 Dz. u. p. Nr. 56 (przy przewozie kolejami żelaznemi i rozp. minist. z d. 20 kwietnia 1889 Dz. u. p. Nr. 51), zezwala c. k. Starostwo (Magistrat własnym statutem rządzącego się król. stoł. miasta . . . .) zgodnie z opinįą (lekarza powiatowego, fizyka miejskiego) na przewiezienie zwłok N. N. (wiek, zatrudnienie) zmarłego (éj) dnia . . . . wskutek (nazwa choroby), z N. (miejsce śmierci, ekshumowania) kołami do N., stamtąd koleją żelazną do N., daléj kołami do miejsca przeznaczenia w N., gdzie zwłoki przewiezione być muszą bezpośrednio na cmentarz miejscowy i na nim pochowane.

Zwłoki umieszczone być mają (tu wymienić należy szczegółowo liczbę i rodzaj trumien, sposób ułożenia zwłok, opakowania trumien itd. wreszcie wyszczególnić specyjalnie w każdym wypadku przez lekarza urzędowego wskazane warunki).

Zwłokom towarzyszy N. N., któremu za okazaniem niniejszego paszportu zechcą właściwe Władze użyczać potrzebnéj pomocy urzędowéj.

Paszport ten ważny jest na (wymienić przeciąg czasu, niedłuższy niż jednomiesięczny) od dnia wystawienia (data, pieczęć urzędowa i podpis).

Klauzula lekarza urzędowego (ewentualnie delegowanego prywatnego) stwierdzająca dopełnienie wszystkich wskazanych w paszporcie wymogów co do opakowania zwłok z datą i podpisem urzędowym.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 marca. VI. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich. W sekcyi chirurgicznéj zgłosili odczyty:

1) prof. Obaliński (z Krakowa): Przyczynek do rozróżniań guzów jamy brzusznéj.

2) Trzebicky (z Krakowa): O stosunkach anatomo-chirurgicznych odbytnicy.

3) Rydygier (z Krakowa): O „*ektopia vesicae*“.

* Wyszedł i został nadesłany do redakcyi przedostatni tom znakomitego wydawnictwa: „*Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-Generals Office, m. XI: Phar—Reg*“, zawierający 9.539 autorów, 52.342 tytułów dzieł i artykułów.

* Pruski minister oświaty w okólniku, dotyczącym przeważnie spraw hygijeny szkolnéj, zarządza między innemi, ażeby w szkołach profesorowie i uczniowie spluwali tylko do osobnych spluwaczek, które w każdej klasie powinny być w dostatecznéj ilości i w odpowiednim stanie. Kurz w lokalach szkolnych ma być usuwany nie inaczej, jak za pomocą wilgotnych obcierań. Uczniom cierpiącym na choroby piersiowe poleca minister udzielanie długich urlopów dla odbycia kuracyi. (*Allg. u. Centrztg*, Nr. z 25/II).

* Leczenie 2 małp suchotniczych limfą Kocha przyspieszyło tylko ich śmierć. Dr. Cérémonie w Pa-

ryżu przedstawił ich płuca ze zmianami wywołanemi tem leczeniem t. j. przekrwieniem w otoczeniu gruzełków i gruźliczych części. (*Now. Lekarskie* Nr. 3).

* „Wracz“ petersburgski podaje, że podług nowych przepisów ministerstwa wojny w Rossyi lekarze wojskowi interniści nie będą na przyszłość odkomenderowywani do Akademii medycznéj w celu uzupełnienia wiedzy lekarskiéj, lecz będą przeznaczani do szpitali okręgowych. Do Akademii zaś medycznéj mają być przydzielani tylko chirurdzy z obowiązaniem zajmowania się chirurgiją nie zaś składaniem egzaminów doktorskich.

* Angielskie kobiety-lekarze zakładają w Londynie własną biblijotękę lekarską i upraszają kolegów o nadsyłanie dzieł, broszur i dzienników. Osobna biblijoteka dla kobiet w Anglii jest konieczną dlatego, że lekarki w Anglii nie mogą być członkami Towarzystw lekarskich i wskutek tego nie mogą korzystać z ich biblijotek. (*The British medical Journal*. 27 lut.)

* W Shapsburgu i Etnie (Stany Zjednoczone) lekarze utworzyli związek w celu zmuszania pacyjentów do płacenia honoraryjum, za udzielenie pomocy lekarskiéj. Wezwania do płacenia wystosowuje komitet stowarzyszenia. (*The medical News* Nr. 7).

* **Mianowania.** Dr. A. Rosthorn habilitował się jako docent ginekologii i akuszerstwa w Wiedniu. — Dr. C. Laufenauer został mianowany zwyczajnym prof. psychijatryi w Budapeszcie.

* **Zmarli:** Jendrassik, prof. fizyjologii i anatomii w Budapeszcie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gaz. Lek.* Nr. 8: Barącza: Tracheocele mediana; Kohna: Przyczynek do nauki o umiejscow. zboczeń mowy. — W *Medycynie* Nr. 9: Dobrzyckiego: Sławuta w r. 1890; Goldflama: Przypadek poliencephalitis (dok.). — W *Kron. Lek.* Nr. 2: Goldflama: O niezwykłéj postaci peryod. rodzinnego porażenia; Hewelkego: Przyczynek do leczenia zgorzeli płuc; Sierpińskiego: Nowy przyczynek do zaraźliwości zap. płuc włóknikowego. — W *Gaz. Lek.* Nr. 9: Wizla: Z dziedziny histeryi; Janowskiego: O zmianach anat. w pęcherzyku żółciowym (c. d.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18 b. m. o godzinie 6-téj wieczorem zwyczajne posiedzenie w *Collegium physicum* (ul. św. Anny, lectorium I., sala wykładowa prof. Łazarskiego). — Porządek dzienny: 1) kol. prof. Rydygier: Wyłuszczenie nerki z powodu raka tejże (z demonstracyją); 2) kol. prof. Browicz: Demonstracyja ciekawszych okazów anatomo-patologicznych; 3) kol. Opieński: O przyczynach wywołujących zmianę konsystencyi moczu (z demonstracyjami).

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.